

FACULTÉ DE MEDECINE

---

**Du Traitement par ponction  
des abcès chauds en général  
et des  
abcès du sein en particulier**

---

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Février 1937

PAR

**Émile QUET**

Né le 7 Février 1910, à Bizerte (Tunisie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

---

Examineurs  
de la Thèse

MM. RICHE, Professeur, président.  
LAPEYRE, Professeur.  
GUIBAL, agrégé.  
ROUX, agrégé.

assesseurs

---

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARI-LAVIT  
1, Rue de Sauvages, 1

1937



DU TRAITEMENT  
PAR PONCTION DES ABCES CHAUDS EN GENERAL  
ET DES ABCES DU SEIN EN PARTICULIER



FACULTÉ DE MEDECINE

---

**Du Traitement par ponction  
des abcès chauds en général  
et des  
abcès du sein en particulier**

---

**THÈSE**

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Février 1937

PAR

**Émile QUET**

Né le 7 Février 1910, à Bizerte (Tunisie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

---

Examineurs  
de la Thèse

MM. RICHE, Professeur, président.  
LAPEYRE, Professeur.  
GUIBAL, agrégé.  
ROUX, agrégé.

Assesseurs

**MONTPELLIER**

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, Rue de Sauvages, 1

1937

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Professeurs

Anatomie .....  
 Histologie .....  
 Physiologie .....  
 Chimie biologique et médicale .....  
 Physique médicale .....  
 Anatomie pathologique .....  
 Microbiologie .....  
 Pathologie et thérapeutique générales .....  
 Thérapeutique et matière médicale .....  
 Hydrologie thérapeutique et climatologie .....  
 Hygiène .....  
 Médecine légale et médecine sociale .....  
 Pathologie médicale et clinique propédeutique .....  
 Clinique médicale .....

MM. J. DELMAS  
 TURCHINI  
 L. HEDON  
 CRISTOL  
 PECH  
 GRYNFELT  
 LISBONNE,  
 BOSC  
 BOUDET  
 PUECH  
 CARRIEU  
 GAUSSEL  
 GIRAUD  
 VIREN, assesseur.  
 RIMBAUD  
 MASSABUAU  
 RICHE  
 P. DELMAS  
 EUZIERE, doyen  
 LEENHARDT  
 MARGAROT  
 ETIENNE  
 JEANBRAU  
 LAPEYRE  
 VILLARD  
 TERRACOL  
 CABANNES  
 LAMARQUE  
 LAUX  
 GRANEL

Clinique chirurgicale .....

Clinique obstétricale .....  
 Clinique des maladies mentales et nerveuses .....  
 Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge .....  
 Clinique de dermatosyphiligraphie .....  
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....  
 Clinique des maladies des voies urinaires .....  
 Clinique gynécologique .....  
 Clinique ophtalmologique .....  
 Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....  
 Matière médicale (Ch. de c.) .....  
 Radiologie (Ch. de c.) .....  
 Anatomie (Ch. de c.) .....  
 Histologie (Ch. de c.) .....

## Honorariat

*Professeurs honoraires :*

MM. ROEET, TEDENAT, GALAVIELLE VALLOIS,  
 FORGUE, ESTOR et BERTIN-SANS

## Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale .....  
 Pathologie externe .....  
 Médecine opératoire .....  
 Accouchements .....  
 Clinique phthisiologique .....  
 Clinique propédeutique médicale .....  
 Clinique des maladies contagieuses .....  
 Stomatologie.....

PAGES  
 AIMES  
 SOUBEIRAN, ag. libre.  
 COLL DE CARRERA  
 GAUSSEL, prof.  
 BAUMEL  
 JANBON  
 Dr WATON.

## Agrégés en exercice

Chirurgie .....

MM. AIMES  
 MOURGUE-MOLINES  
 GUIBAL  
 ROUX

Médecine .....

MM. BOULET  
 PAGES  
 JANBON  
 BAUMEL  
 VIDAL  
 RIMBAUD  
 COLL DE CARRERA  
 CARRERE  
 DEJEAN

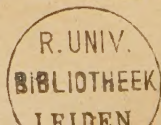
Obstétrique .....  
 Bactériologie .....  
 Ophtalmologie.....

## Examineurs de la Thèse

MM. RICHE, prof. président.  
 LAPEYRE, professeur.

MM. GUIBAL, agrégé.  
 ROUX, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE

A MA MERE

*Je leur dois tout, faible témoignage  
de ma reconnaissance et de ma piété  
filiale.*

A MON FRERE, LE DOCTEUR MAURICE QUET  
INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A TOUS CEUX QUE J'AIME

MEIS ET AMICIS

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR V. RICHE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUIBAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX

AUX MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX  
DE MONTPELLIER

AUX MEDECINS ET CHIRURGIENS DE L'HOPITAL  
DE BELFORT

AUX MEDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX  
D'AVIGNON

*Au moment de recevoir la consécration de mes maîtres, il me reste un devoir agréable à remplir qui atténue la tristesse des heures solennelles où un lambeau de moi-même, toute ma jeunesse disparaît.*

*Je veux remercier mes maîtres, ceux qui m'ont donné une instruction générale, ceux qui m'ont appris chaque jour à connaître et à servir, qui m'ont fait médecin.*

*J'exprime ma profonde gratitude au Dr DEVEZE et au Dr BALMES, tous deux m'ont donné de nombreuses marques d'une sympathie agissante, aux médecins et chirurgiens qui m'ont prodigué leurs conseils dans les hôpitaux, au Dr LESBROS, dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne, son précieux enseignement clinique entre pour la meilleure part dans notre formation médicale.*



## Introduction

---

L'abcès chaud est une collection purulente bien limitée succédant à une inflammation à évolution aiguë.

L'abcès chaud succède toujours à une inoculation microbienne. La mastite est un abcès chaud qui siège dans le sein.

On distingue :

Les para-mastites : inflammation de l'atmosphère cellulograissee qui enveloppe la glande.

Les mastites : inflammation de la glande.

Les pan-mastites : frappant à la fois la totalité de la glande et les couches celluluses qui l'entourent.

L'abcès du sein est un abcès lobaire siégeant dans l'un des douze ou quinze territoires qui forment la glande mammaire.

Cette inflammation venue du mamelon par les canaux galactophores, envahit le lobe tout entier et forme une cavité purulente grossièrement pyramidale, dont la base confine au feuillet fibreux rétro-mammaire.

Les lobes sains s'infectent successivement, donnant des abcès parfois indépendants et siégeant en des points plus ou moins éloignés.

Si on laisse l'abcès évoluer, il s'ouvre.

A la peau.

Dans une poche voisine : c'est l'abcès en bouton de chemise.

Dans la profondeur propageant l'infection au tissu celluleux rétro-mammaire.

L'abcès du sein comme tout abcès chaud succède à une inoculation microbienne.

Voyons comme celle-ci se présente :

Quarante à cinquante pour cent des primipares présentent des gèrgures, des crevasses du mamelon. D'autre part, les recherches les plus récentes montrent que, dans la bouche du nouveau-né, après la naissance, on trouve :

Dans quatre-vingts pour cent des cas, du staphylocoque.

Dans cinquante et un pour cent des cas, du streptocoque.

Dans seize pour cent des cas du pneumocoque.

Dans trente et un pour cent des cas du coli-bacille.

Ces germes viennent du vagin maternel où ils vivaient en saprophytes, ils prennent le caractère de parasite lorsqu'ils sont inoculés dans un tissu non pourvu d'immunité locale contre ces germes : le sein, avec ses crevasses représente un terrain où l'inoculation est expérimentale.

La désinfection n'apparaît-elle pas comme vaine et DES-SAIGUES qui écrivait en 1914, dans son traité d'obstétrique : « Grâce à une antisepsie sévère, l'accoucheur peut, à l'heure actuelle affirmer que la femme qui allaite n'aura pas d'abcès du sein », a été démenti par les faits, et malgré toutes les précautions d'asepsie, on voit encore trop souvent l'abcès se produire.

## **Le Traitement de l'Abcès chaud**

### **Historique**

---

Le traitement classique de l'abcès chaud, auquel nombre de praticiens et de chirurgiens sont restés fidèles, est l'incision suivie de drainage au point déclive, si l'on n'a pu obtenir la résolution par les pansements humides et les bains chauds prolongés lorsque le siège de l'abcès le permet. Ce traitement prophylactique favorise toujours l'afflux des leucocytes et diminue les douleurs ; il amène quelquefois la résolution.

L'incision supprime la douleur ;

Evite la diffusion et l'infection générale de l'organisme.

Par le drainage, l'écoulement se tarit, peu à peu la fièvre tombe, l'abcès guérit.

Mais ce traitement chirurgical nécessite.

Une anesthésie générale avec ses inconvénients, ses dangers ;

Ou une anesthésie locale au kélène, le plus souvent insuffisante ;

Un drainage plus ou moins prolongé ;

Un pansement fréquent et douloureux ;

Une cicatrice inévitable.

La disposition anatomique de l'abcès du sein que nous avons brièvement rappelé, prédispose aux abcès multiples ou récidivants donc, aux incisions répétées, sur cette région, le pansement est toujours douloureux, il reste souvent des séquelles sous forme de noyaux indurés parfois volumineux, siégeant dans l'épaisseur de la glande, et nettement circonscrits ; enfin, l'abcès du sein frappe des femmes jeunes chez lesquelles la cicatrice prend l'importance d'une défiguration.

Ces inconvénients ont depuis longtemps déterminé la recherche de procédés permettant d'y pallier autant que possible.

Après l'incision radiée de l'abcès du sein conseillée pour éviter la section des conduits galactophores, DESMARETS, en 1914, préconise l'incision sous-mammaire qui, sous anesthésie générale, permet l'évacuation de plusieurs abcès, le drainage au point déclive, une incision esthétique, le sillon sous-mammaire étant toujours marqué chez ces malades.

En 1920, John P. GARDINER préconise le premier la ponction-aspiration du pus dès que ce dernier est collecté ; il utilise une aiguille assez grosse puis, sous anesthésie locale à la cocaïne, il ponctionne en peau saine. La ponction est répétée toutes les quatre heures, puis, toutes les six, toutes les dix heures, enfin, en se fondant sur la quantité de pus évacuée à chaque ponction, il fait suivre chaque ponction d'une compression considérable qu'il considère comme fondamentale, il applique entre temps des pansements humides alcoolisés à 50 pour 100.

GARDINER apporte huit observations de malades chez qui la guérison a été obtenue en six à neuf jours.

Ce traitement nécessitait des ponctions multiples, une forte compression et était douloureux. Déjà, en 1908, LE LORIER, reprenant les idées de CHIRIE avait préconisé la

ponction suivie de l'injection de substances antiseptiques : sels d'argent.

Mais il abandonne cette méthode car, dit-il, « ce traitement nécessite des lavages qui doivent être répétés au début trois fois par jour, ce qui en rend l'application pratique assez difficile à réaliser. J'ai donc renoncé assez rapidement à ce traitement pour revenir aux grandes incisions avec drainages faites suivant les règles classiques ». (*Soc. d'obs. et de Gy.*, Paris, 12 déc. 1927).

Nous verrons quelle part a été réservée aux ponctions dans les traitements actuels.

Mentionnons, pour être complet, l'aspiration par la ventouse de BIER, ce procédé a été abandonné comme les autres, nous citons plus loin une statistique de HEIDELBERG qui montre le peu de résultats obtenus par cette méthode.

---

## Les Traitements Biothérapiques modernes

### Les Bouillons vaccins

---

BERREDKA a montré le premier que tout organe, quoique solidaire du reste de l'organisme représente une entité :

Anatomique,

Physiologique,

Pathologique.

Les cellules d'un organe donné sont sensibilisées à un microbe déterminé qui se fixe électivement sur elles. Ainsi les bacilles du groupe typhique et dysentérique se fixent sur l'intestin, alors que la peau est la proie des staphylocoques, de la variole, de la vaccine, du charbon.

A cette notion de spécificité dans la sensibilité à un microbe, correspond logiquement l'idée de spécificité dans la création de l'immunité. Prenons la vaccine pour exemple. Si par un artifice, on réalise l'injection de vaccin à un lapin dans les muscles, ou le péritoine, sans infecter la peau, l'immunité ne s'établit pas, par contre, l'injection dans la peau rend le lapin réfractaire à l'infection.

De même pour le charbon, de même également pour la vaccination antivariolique, qui peut être considérée comme l'effet d'un hasard heureux, le virus vaccinal venant infecter la peau par le tunnel de l'aiguille.

Quant à la peau, cette notion de l'immunité a été décomposée en deux par l'école de Strasbourg et WORINGER, élève de HAMM, distingue deux fonctions immunisantes à la peau, l'une non spécifique : dermatophylaxie pouvant être renforcée par des facteurs physiques : lumière solaire notamment, et s'exerçant sans atteinte microbienne préalable.

L'autre spécifique, dermo-autergie, ne se produisant qu'en réponse à une action microbienne déterminée ou sous l'effet d'un vaccin. Cette distinction date de 1928, mais ce n'est là qu'une distinction, rien d'autre, et qui n'est d'ailleurs, pas vérifiée. Déjà, depuis longtemps, les bouillons vaccins étaient entrés dans le domaine thérapeutique.

On cultive le microbe pendant dix jours sur bouillon peptoné glycosé à 5 %. On stérilise à 100°, puis on concentre au dixième, on filtre, enfin, on dilue dans de l'eau stérilisée. Voici un bouillon vaccin.

Si on mélange des bouillons provenant des cultures de différents germes, on obtient un bouillon vaccin polyvalent.

Ces filtrats mis in-vitro en présence de cultures, empêchent le développement et la prolifération des microbes, mais ils ont aussi une action spécifique : un bouillon vaccin d'un microbe donné restant sans action sur la culture d'un autre microbe.

Cette médication nouvelle trouva immédiatement des applications nombreuses.

Dès 1926, BERREDKA pouvait publier des résultats excellents.

Immunisation par voie buccale.

Fièvre typhoïde : dans la vallée de Lodz, il a été procédé à une vaccination anti-typhique par voie buccale, de novembre 1923 à janvier 1926. Le dénombrement a été arrêté en janvier 1925.

Sur vingt-sept maisons dont tous les habitants, soit 4.615 furent vaccinés dans de bonnes conditions, il y eût un seul cas de typhoïde, encore ce cas se déclara-t-il dans la semaine qui suivit l'ingestion du vaccin. De même pour la dysenterie,

Immunisation par voie cutanée.

Elle a été appliquée préventivement sur une vaste échelle. En voici les résultats :

La mortalité moyenne tombe de 8,1/1.000 à 0,45/1.000, soit vingt fois moindre, chez les chevaux et mulets atteints de l'infection charbonneuse.

Mais la voie cutanée a également été employée dans un but curatif, de même d'ailleurs que la voie buccale.

Dans la furonculose, on a substitué les pansements spécifiques au filtrat antistaphylococcique, à la thérapeutique courante jusque là, périmée aujourd'hui.

Au début, le furoncle avorte.

En pleine maturité, il évolue rapidement.

En tous cas, la douleur est supprimée rapidement, le travail de cicatrisation accéléré.

De même, pour l'anthrax où le pansement à l'antivirus fait souvent avorter le mal, accélère la guérison, évite les cicatrices mutilantes, et le risque d'une thrombophlébite mortelle dans le cas d'anthrax de la face.

Nous reproduisons ici une observation publiée par BESREDKA dès 1926 :

*Observation.* — Femme d'une soixantaine d'années, diabétique, elle fait d'abord un gros anthrax du dos, entre les deux omoplates. On l'ouvre au thermocautère, et on le traite par des pansements ordinaires.

Vingt jours après, on constate l'apparition de deux nouveaux anthrax au dos, dans la région lombaire, on les

ouvre au thermocautère et on les traite cette fois par des pansements à l'antivirus.

En comparant la cicatrisation du premier anthrax qui volontairement a été soigné par des pansements simples pour voir la différence, et la cicatrisation des deux autres soignés par des pansements spécifiques, il a été constaté ceci : les deux derniers anthrax survenus quinze jours après le premier ont été guéris, au moins quinze jours plus tôt que le premier.

Nous donnons cette observation, car elle revêt à nos yeux la valeur d'une expérience. De même dans le panaris, les brûlures, les plaies infectées et phlegmons, l'infection puerpérale, l'endométrite septique, les ulcérations purpérales, la cystite, la pyélonéphrite, l'impetigo, le syccosis de la moustache, la pyodermite des nourrissons, les affections de l'oreille, la vaccination cutanée a toujours donné d'excellents résultats. Dans la mammite enfin, le pansement spécifique employé à temps amène le plus souvent la résorption sans suppuration. Si le pus est formé, après incision, on procède à des lavages au filtrat, avec application de mèches imbibées de bouillons vaccins, la cicatrisation est rapide.

L'antivirus possède une action élective pour la peau diffuse rapidement dans le milieu ambiant, confère l'immunité aux animaux en vingt-quatre heures.

En décembre 1927, LE LORIER, dans une communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, donne une autre technique. Cet auteur qui avait déjà traité les abcès du sein par les injections de sels d'argent substitués à ces derniers les bouillons vaccins.

A la période de maturation, dit-il, pansements humides chauds ou vessie de glace suivant que l'une ou l'autre est mieux supportée par le malade. Lorsque la peau très amincie, est sur le point de se perforer, mais cependant avant qu'elle ait changé de couleur : ponction au point déclive

avec le gros couteau du thermocautère. Pansements humides au bouillon vaccin, petites injections dans le trajet fistuleux, quand la suppuration paraissait se tarir.

L'auteur retarde la ponction à l'extrême pour que si l'abcès comporte deux ou plusieurs poches, elles arrivent à communiquer et à s'évacuer par un seul orifice, il emploie le gros trocart du thermocautère pour éviter les inoculations vasculaires directes, et pour conserver un orifice de ponction permettant tout à la fois le drainage et la vidange spontanée de l'abcès.

Mais toujours et dans tous ces cas, il fait injecter du Propidon de Delbet, aidant la vaccinothérapie locale par la vaccination générale. Tous les cas traités évoluaient rapidement avec d'heureux résultats, mais il restait encore la ponction avec le gros trocart du thermocautère, l'attente de la maturation, enfin la combinaison de la vaccination générale à la vaccination locale.

HAMM, le 19 mai 1928 reprend les études de l'école de Strasbourg, et prétend renforcer le pouvoir dermo-autergique du mamelon pour la vaccination locale du mamelon et propose de faire dans les quatre à six semaines qui précèdent, le terme supposé.

Des frictions, une fois par jour avec des vaccins mixtes en pommades, réalisant ainsi le traitement prophylactique de la mastite.

Dans les mastites au début, il préconise un traitement abortif par l'application de compresses humides à l'antivirus, pour que la résorption se fasse au maximum, il faut répandre le bouillon sur un carré de mousseline, et recouvrir ce pansement par un imperméable.

Il est nécessaire de se servir de l'antivirus du microbe prédominant ou prendre l'antivirus : staphylo-streptomixte.

*Le traitement des abcès du sein et des abcès chauds en général par l'antivirus.*

C'est à notre maître, le Professeur RICHE que revient l'honneur d'avoir mis au point une technique nouvelle, dans la thèse de notre camarade MARY, il prend date dès le 8 mai 1928, la première observation citée est de mai 1926.

Nous reproduisons cette observation, elle montre que dès 1926, une thérapeutique nouvelle était née, remarquable par sa simplicité et ses résultats, elle suit immédiatement le livre de BESREDKA, elle est donc au moins contemporaine des premiers essais de LE LORIER, que nous avons rapporté, et elle est bien antérieure aux publications de RAIGA qui a repris à son compte le procédé de RICHE, oubliant évidemment de mentionner ses sources.

*Observation.* — Volumineux abcès du sein guéri sans incision, par ponction et injection de bouillons vaccin.

Une jeune femme de 30 ans arrive à ma consultation, en mai 1926, avec un volumineux abcès du sein gauche, apparu quelques jours après la montée de lait.

Cet abcès très douloureux, occupe le tiers de la glande qui est très tuméfiée. La peau est rouge, chaude, luisante.

La température axillaire dépasse 39 le soir, depuis deux ou trois jours.

Cet abcès appelle l'incision et un large drainage. Je décide de tenter l'évacuation par ponction et injection de bouillon vaccin. Première ponction évacuatrice avec la seringue et le trocart de HOUZEL. On retire environ 60 cm<sup>3</sup> de pus crémeux jaune clair (staphylocoques purs) et l'on injecte 20 cc. de bouillon vaccin GREMY. Dès le lendemain la température a baissé, 38°. Les douleurs ont disparu, les signes locaux d'inflammation ont nettement rétrocedé.

Une deuxième ponction est faite deux jours après ; on retire environ 25 cc. de pus plus fluide et on injecte 10 cc. de bouillon vaccin. La tuméfaction diminue progressivement les jours suivants et au dixième jour, sans nouvelle ponction ni injection, la guérison est complète.

Voici les conclusions de MARY :

Applications de compresses imprégnées de bouillon vaccin sur le mamelon dès apparition des phénomènes inflammatoires.

Dès que la collection purulente apparaît, ponction et aspiration avec l'instrumentation de HOUZEL ou CALVÉ ; puis injection par le trajet, d'une quantité de bouillon vaccin égale à la moitié environ de la quantité de pus retirée.

Ce traitement peut échouer dans :

1°) Cas trop avancés où se produit une évacuation spontanée et une fistule, les injections par le trajet fistuleux tarissent rapidement la suppuration.

2°) Dans les cas rebelles où le pus continue à se former et à se collecter dans la glande, alors bistouri et injection à plusieurs reprises de petites quantités de bouillon vaccin.

L'idée vraiment nouvelle de notre maître a consisté à injecter *in situ* du bouillon vaccin. *Hic jacet lupus.*

Le traitement biothérapique était né, et sans vouloir entrer dans des questions de priorité toujours irritantes il nous est bien permis de constater que la thèse de DURUY est de 1929, la première publication de RAIGA de 1929 également. Nous constatons aussi que les auteurs parisiens paraissent ignorer complètement la thèse de MARY, c'est sans doute que leur documentation est incomplète.

Comme nous le voyons, RICHE rejette délibérément les injections sous-cutanées de l'antigène, qui évite moins l'abcès qu'elle n'active la collection et la démarcation de l'inflammation.

L'immunité dans ce cas est basée sur la présence d'anticorps dans le sérum. Cette immunité est particulièrement capricieuse, en effet, on n'a trouvé qu'exceptionnellement des anticorps en quantité appréciable dans le sérum d'individus convalescents ou guéris, d'infection à staphylocoque ou à streptocoque.

Devant les heureux résultats obtenus, RICHE a pensé avec raison que l'on pouvait étendre ce traitement biothérapique à toute collection chaude en général, et nous rapportons deux observations parmi d'autres d'abcès de la marge de l'anus, guéris en quelques jours par les ponctions suivies d'injections de bouillon vaccin.

Voici à l'heure actuelle, la technique employée dans le service de notre maître. Dans la période pré-suppurative : traitement classique, vessie de glace ou chaleur humide, compresses chaudes, antiphlogistine, qu'il complète par l'application de compresses imbibées de bouillon vaccin ou l'emploi de pommades à l'anti-virus. S'il s'agit d'abcès du sein, il faut en outre suspendre l'allaitement. La cessation de l'allaitement est formellement indiquée aujourd'hui depuis qu'ont été publiées les statistiques de HEIDELBERG, portant sur dix ans.

De 1917 à 1922 : allaitement continué malgré l'inflammation, la mastite s'abcède dans 40 % des cas.

De 1922 à 1924 : allaitement suspendu, traitement de BIER-KLAPP, la mastite s'abcède dans 20 % des cas.

De 1924 à 1927 : allaitement suspendu, compresses humides, la mastite s'abcède dans 10 % des cas.

Mais voici que l'abcès devient gros, tendu, douloureux, la température reste élevée, le pus se traduit par une tuméfaction plus ou moins localisée, c'est alors qu'il faut agir sans attendre la fluctuation évidente, l'amincissement, la rougeur de la peau, il faut, au contraire surprendre la suppuration à son début, lorsque l'abcès collecté est encore petit, entouré d'un empâtement de réaction fibreuse.

Le lieu de ponction est indiqué par la douleur élective, en une zone légèrement rénitente au milieu de la tuméfaction dure.

L'instrumentation employée est celle de HOUZEL ou de CALVÉ, mais l'on peut aussi se servir d'une aiguille ordinaire, la nécessité n'étant pas tellement d'évacuer beaucoup de pus, que d'injecter du bouillon vaccin. Celui-ci est laissé en place, quatre à cinq minutes, puis on aspire, on retire davantage, le pus est, en effet, fluidifié ; ceci fait on injecte après, un, deux ou trois lavages, un certain nombre de cm<sup>3</sup> d'anti-virus en quantité moindre cependant, que la quantité de pus retirée.

Le soir, une température assez forte est de règle.

Le lendemain, la maturation de l'abcès paraît s'accélérer, l'empâtement périphérique diminue, la fluctuation est plus manifeste.

Quarante-huit heures après, nouvelle ponction qui évacue cette fois un pus fluide, presque séreux : lavage.

Réinjection.

S'il se produit malgré tout une fistule, on injecte par le trajet et l'on obture ensuite avec du coton et une goutte de collodion. Dans les jours suivants, les douleurs ont disparu, la température est tombée, la tuméfaction diminue, l'abcès se résorbe, laissant une induration qui disparaît rapidement.

Mais si l'on a trop attendu ou si le malade se présente à nous tardivement, l'injection d'anti-virus ne peut empêcher la suppuration de provoquer une nécrose massive des tissus de s'étendre et de gagner la peau. Le traitement alors n'est pas inutile, mais n'évite pas l'incision et le drainage, la suppuration étant entretenue surtout par des tissus sphacelés, mortifiés, formant bloc amorphe et qui doivent être évacués de toute nécessité.

## Observations

---

*Obs. I, due à l'obligeance du Professeur RICHE ( inédite )*

G... Marie-Louise, 22 ans : domestique.

Examen le 20 mars 1933.

Accouchée à la maternité il y a un mois et une semaine.

A nourri huit à dix jours.

Il y a une dizaine de jours, douleurs vives, une petite grosseur est apparue qui a pris progressivement de l'étendue.

A l'examen : on constate une tumeur du quadrant supéro-externe se prolongeant vers l'aisselle. Tumeur ovulaire à grand axe oblique de bas en haut et de dedans en dehors.

Dure et pleine à la périphérie ; fluctuante en son centre.

A ce niveau, la peau est rougeâtre, tendue, amincie et donne l'impression qu'il va se produire une fistule. Douleurs vives spontanées empêchant le repos.

Ganglions douloureux dans l'aisselle.

Température : 38,7.

Traitement : 21 mars. Ponction à distance. Evacuation de 5 à 6 cc. d'un pus très épais. Lavage et injection de 4 cc. de bouillon vaccin : « Immunizol Grémy 31 ».

Le soir, température à 39,5.

22 mars. La malade a mieux dormi, les douleurs ont presque cessé, mais il n'y a pas encore de grosses modifications locales, l'abcès est rouge, mais un peu moins tendu. Température, 38°.

Une deuxième ponction est pratiquée. On retire encore 5 à 6 cc. de pus épais, lavage au bouillon vaccin « I. G. 31 » injection de 4 cc.

Le soir, température à 39°3. Le lendemain matin, température à 38°2.

24 mars. Les douleurs ont complètement disparu, la malade a dormi, il y a amélioration locale très nette, cependant, on note l'apparition d'un peu d'infiltration de la base du sein. La grosseur diminue de volume, la peau se ratatine.

Ponction, on retire 5 cc. de pus blanc séreux.

Lavage, puis injection de 3 cc.

La température monte le soir à 38°3, mais le lendemain matin, température à 37°5.

Le 30. La grosseur a diminué, presque disparu, les douleurs ont cessé. La température est normale.

On ponctionne, on ne retire qu'un liquide séreux, il n'y a pas de réaction thermique le soir.

Dans les jours suivants, il ne persiste qu'une induration qui diminue tous les jours.

Le 15 avril, la malade sort guérie, il ne persiste qu'une induration légère.

Il n'existe plus de trace de ponction.

*Observ. II, due à l'obligeance du Professeur RICHE (inédite)*

Après un accouchement normal, il a vu apparaître au neuvième jour du post partum, des douleurs assez accusées dans le sein gauche, tandis que la température apparaissait. Un médecin appelé porte le diagnostic d'abcès du sein et la traite pendant quelques jours par application de vessie de glace sur le sein. La tuméfaction augmentant il fait entrer la malade dans le service.

Examen pratiqué le 9/7/32:

Le sein est crevassé, et c'est certainement par ses crevasses que s'est faite l'infection. La tuméfaction est énorme, diffuse, s'étendant à toute la glande. En quelques points, on sent de la fluctuation.

La température est à 39°. La malade ne souffre pas beaucoup, il n'y a pas d'adénopathie axillaire.

Le 10 : ponction : on retire plusieurs cc. de pus, on lave et on injecte quelques cc. de bouillon vaccin « Immunizol Grémy 31 ».

On réitère encore trois fois, chaque fois, on lave et on injecte, mais les poches de pus sont trop nombreuses, on ne peut tout ponctionner, l'infection a frappé toute la glande, on a affaire à une « Panmastite ».

Le 22-7-32, on se décide à intervenir, on incise dans le sillon sous-mammaire, on décolle complètement le sein que l'on relève par sa face profonde, on ouvre tous les foyers que l'on curette soigneusement et que l'on déterge au thermo. On rabat alors le sein que l'on suture lâchement au thorax : gros drain sous le sein.

Suites normales quoique longues : un certain nombre de collections viennent s'ouvrir à la peau, donnant au sein un aspect criblé.

Peu à peu, désinfection et assèchement. Accolement en dernier lieu.

*Obs. III, due à l'obligeance du Professeur RICHE ( inédite )*

La malade entre dans le service le 27 décembre 1933, pour abcès mammaire consécutif à la lactation.

Accouchée le 12 novembre à la maternité, d'où elle était sortie il y a un mois. Depuis neuf jours, elle souffre du sein droit, elle a cependant continué d'allaiter son enfant à ce sein pendant les six premiers jours. Un médecin appelé à ce moment fait appliquer des pansements humides, et le 27 fait hospitaliser la malade.

A l'examen le sein droit apparaît rouge, tendu, il est très douloureux.

La température oscille entre 39 et 40°.

On ponctionne immédiatement, on retire 15 cc. de pus, on lave au bouillon vaccin, et on injecte enfin 10 cc. de bouillon vaccin « Immunizol Grémy 31 ». Le soir, température à 40°.

Examen bactériologique du pus : staphylocoque doré. Labo des hôpitaux.

Le 28. La malade a à peu près dormi, les douleurs ont un peu diminué.

Le quadrant inféro-interne du sein droit est extrêmement distendu. La peau est rouge et luisante.

On ponctionne en plein centre de la tuméfaction, on retire 25 cc. d'un pus épais, grumeleux, on injecte 25 cc. de bouillon vaccin « I. G. 31 ».

Le soir, la température est à 40°6.

Le 29 décembre 33, la température a baissé à 38°4. Les douleurs se sont encore atténuées.

Le sein est toujours très rouge, uniformément distendu dans toute sa partie inféro-interne. On ponctionne à deux travers de doigt en dedans du mamelon, il vient une grande quantité de pus assez bien lié et beaucoup moins grumeleux que lors des ponctions précédentes. On fait un la-

vage avec 20 cc. de bouillon vaccin « Immunizol Grémy 31 », et l'on ne met pas de collodion sur orifice de ponction. Le soir, la température est à 39°2.

Le 30 décembre : la température est restée à 39°5 le matin, 40° le soir, mais la malade n'a plus souffert.

Le 31 : par l'orifice de ponction, une fistule s'est établie, la température est à 37°4 le matin, 38°7 le soir.

Le 1er janvier : température à 37°1 le matin, à 37°8 le soir.

Le 2 janvier : température à 37°2. Le sein est beaucoup moins tendu, la fistule laisse écouler du pus assez fluide. On lave le trajet avec du bouillon vaccin, mais comme la poche est difficile à remplir, on ponctionne à la partie toute déclive pour laver avec 20 cc. de vaccin.

A la partie tout à fait interne du sein, on trouve un petit abcès gros comme une noix, à peau rouge et amincie, on le ponctionne, on retire 12 cc. de pus, on lave puis on injecte 10 cc. de bouillon vaccin. Il n'y a pas d'ascension thermique. Le lendemain la température est à 36°9, dès lors, elle se maintient autour de 37.

Le 12, on pratique une injection intramusculaire de 12 cc. de sang retiré par voie veineuse.

La malade part le 18, guérie.

#### *Observation IV*

*due à l'obligeance du Professeur RICHE ( inédite )*

La malade entre le 28 mai 1935 dans le service pour abcès du sein. Accouchement normal le 2 avril. Allaitement aux deux seins jusqu'au 6 mai. L'allaitement a toujours été douloureux, elle a 34 ans.

7 mai. Une douleur très vive apparaît spontanément au sein gauche.

Application de compresses chaudes. Pansements à l'antiphlogistine.

Les douleurs ont cessé le 16 mai.

Le 23 mai reprise des douleurs dans le sein gauche, la malade continue à travailler, mettant simplement le soir de l'antiphlogistine sur la région douloureuse.

Le 28 mai, elle voit le Dr GUER, qui fait hospitaliser la malade.

A l'examen : on constate un abcès de la moitié inférieure du sein gauche. Les téguments sont rouges, chauds et très douloureux. Il y a de la fluctuation en un point. La température est à 38°5.

Dans le sein droit, on constate une masse indurée correspondant à un engorgement laiteux, il n'y a pas de douleur à la pression.

Le 29 mai, on ponctionne l'abcès gauche en tissu sain, on retire quelques gouttes seulement de pus crémeux et on injecte par le trocart du bouillon vaccin « Immunizol Grémy 31 », qui est aspiré en partie et en partie laissé dans l'abcès. La température est à 38° le soir, elle descend à 37°4 le lendemain matin, elle est à 37°8 le soir, puis tombe à la normale. Examen du pus (labo des hôpitaux) :

Examen direct : amas de cocci à grain positif.

Culture : staphylocoques dorés.

Le 31 mai, les deux seins sont ponctionnés, et on retire plusieurs cc. de pus, on injecte dans chacun quelques cc. de bouillon vaccin.

Le 17 juin : l'état local des deux seins est parfait, la malade reste encore quatre ou cinq jours dans le service pour se reposer.

*Observation V*

*due à l'obligeance du Professeur RICHE ( inédite )*

La malade entre dans le service pour abcès de la fesse gauche le 9 décembre 1936. Elle s'était présentée à la consultation de l'hôpital, pour des phénomènes dyspeptiques. L'examen révéla la présence de cet abcès et la malade fut envoyée en chirurgie. Elle est âgée de 53 ans.

Habituellement très constipée, la malade ressentait depuis quelques jours une douleur sourde au niveau de la fesse exagérée par la pression, mais cela la préoccupait bien moins que ses troubles digestifs.

La température est à 39°, la fesse gauche apparaît tuméfiée et rouge au niveau de la partie supéro-interne à côté du sillon interfessier.

Il existe trois petites plaies ressemblant à des furoncles ouverts spontanément, léger empâtement au-dessous, douleur modérée à la pression.

Le 10, on ponctionne l'abcès au moyen d'une grosse aiguille, on retire 10 cc. environ de pus vert bien lié, mais avec quelques grumeaux.

Injection de bouillon vaccin avec lequel on fait un lavage de la cavité. On injecte à nouveau du bouillon vaccin qu'on laisse en place. Il faut noter que cette ponction est douloureuse, le soir la température est à 39°4, la douleur a diminué nettement.

Examen du pus : direct, nombreux staphylocoques.

Culture, staphylocoques dorés.

(Labo des hôpitaux).

Le 11, la peau est rouge tendue, on a l'impression d'une fistule imminente. Néanmoins, on recommence la ponction, on laisse en place quelques cc. de bouillon vaccin. La température est à 37°2, le soir la température est à 38°2 ; il s'est établi une fistulette par l'orifice de ponction.

Le 13, après un écoulement abondant, la fistulette est tarie et ne se renouvelle plus. La ponction de la cavité ramène seulement un peu de sang. On injecte après lavage, quelques cc. de bouillon vaccin. La douleur a disparu.

Le 14 : ponction, injection. La ponction ne ramène qu'un peu de sérosité, la tuméfaction a disparu, il reste seulement une petite induration.

La guérison est complète, trois ponctions ont suffi.

Mais on constate le surlendemain qu'un second abcès, symétrique au premier, se forme.

On applique le même traitement. Guérison au bout de trois ponctions-injections.

La température est redescendue progressivement à 37°. Il n'y a plus de douleurs depuis le 13.

Le 21. Il n'y a plus trace d'abcès, les tissus ont retrouvé leur souplesse.

Toucher rectal : rien à signaler.

La malade est envoyée dans un service de médecine pour traiter ses troubles dyspeptiques.

### *Observation VI*

R... Valentino, 30 ans, entre dans le service le 14 janvier 1937. Ce malade souffre depuis plus de dix jours de douleurs lancinantes de la région anale. Peu à peu est apparue sur la marge de l'anūs, à gauche, une tuméfaction qui s'est développée progressivement avec les signes classiques de l'inflammation.

A son entrée, le malade présente une élévation thermique à 38°9, et souffre beaucoup, la station assise est impossible, toute mobilisation du membre inférieur gauche est excessivement douloureuse.

Examen : on voit sur le versant gauche du sillon interfessier et contiguë à l'orifice anal une tuméfaction inflammatoire rouge faisant saillie, du volume d'une très grosse noix. Les tissus à l'entour et jusqu'à 10 cm. de l'abcès ont un aspect phlegmoneux. Il y a de l'infiltration œdémateuse du périnée. La palpation est très douloureuse, la tuméfaction est fluctuante, les tissus périphériques de consistance dure.

On ponctionne immédiatement et on retire 15 cc. de pus crémeux verdâtre à odeur de choux caractéristique. Le pus est remplacé après lavage par du bouillon vaccin « Immunizol Grémy n° 31 ».

Fermeture de l'orifice de ponction au collodion.

Examen du pus : direct : très nombreux germes.

Culture : bacterium coli (labo des hôpitaux).

Le 15, la température a baissé, les douleurs ont presque entièrement disparu. L'infiltration inflammatoire périphérique a rétrogradé.

Il persiste encore de la fluctuation dans l'abcès qui est maintenant limité.

Nouvelle ponction suivie d'injection au bouillon vaccin.

Le 16 : la peau qui recouvrait le point culminant de l'abcès, s'est sphacélée et l'abcès s'est fistulisé spontanément. Lavage de la cavité au bouillon vaccin, on laisse quelques cc.

Le 20 : il ne persiste plus qu'un petit orifice cutané. Toute infiltration périphérique a disparu, la peau est extrêmement souple. On a injecté tous les jours par le trajet fistuleux du bouillon vaccin. On en a laissé quelques cc. après lavage.

*Observations recueillies dans la littérature*

Phlegmon ligneux du ligament large guéri par ponctions suivies d'injections.

MODIANO, de Salonique, rapporte à la Société obs. et gyn. (Paris, février 1933), l'observation d'une femme qu'il voit le 27 août 1932, avec un phlegmon ligneux du ligament large droit, consécutif à une endométrite puerpérale.

Le 2 septembre, il ponctionne et pratique *in situ* une injection de 2 cc. de propidon mélange à 8 cc. de sérum physiologique. Le soir, frissons et la température atteint 40°8. Le lendemain, l'état général s'est amélioré. La température est redescendue.

Le 11 et le 17 septembre, deux nouvelles injections sont pratiquées *in situ*, après ponction, il y a chaque fois un frisson, il est chaque fois plus léger, et le clocher thermique est chaque fois moins élevé.

Progressivement, la température descend à 37°, le pouls à 75. Localement, on note la diminution de l'induration qui devient indolore et descend à la taille d'une noisette pour disparaître complètement dix jours après.

D'autre part, LE LORIER cite :

Un cas d'infection puerpérale très grave compliquée de péritonité ;

Deux cas de broncho-pneumonie : l'un chez une femme adulte infectée ; l'autre, chez un nouveau-né.

Dans tous ces cas, la thérapeutique focale avait été employée en désespoir de cause, chaque fois, il a assisté à une véritable résurrection.

## Etude des Résultats

---

Dans ces six observations prises au hasard, il y a eu guérison dans cinq cas, dans un seul, il a fallu recourir à l'incision sous-mammaire. Les autres abcès du sein ont guéri, il n'y a eu fistulisation qu'une fois (obs. III).

Dans les obs. V et VI, il y a toujours eu fistulisation, on a continué à injecter et à laver la poche par le trajet fistuleux.

La moyenne des ponctions est de trois à quatre.

Une seule fois, il a fallu noter une récurrence (obs. V), elle a guéri en trois ponctions-injections.

La température, après une élévation en chandelle au soir de l'injection est toujours retombée au-dessous de la température initiale. Quand les ponctions se sont succédées, les clochers ont été chaque fois moins importants.

Les douleurs se sont atténuées parallèlement à la température.

La guérison a été obtenue en quelques jours, de six à quinze jours, avec seulement trois à cinq ou six ponctions. De ces résultats nous pouvons conclure :

Les ponctions suivies d'injections de bouillons vaccins donnent toujours de bons résultats, mais lorsque l'infection est diffuse, on peut être obligé d'avoir recours au

traitement chirurgical, il s'agit alors d'éliminer les débris de nécrose.

Mode d'action : Les filtrats mis au contact des parois de l'abcès et de son contenu, empêchent la prolifération et le développement des microbes, il se produit une vaccinothérapie locale à la BESREDKA, mais peut-être n'est-ce pas tout ; les bouillons vaccins contiennent des peptones et nous étudierons tout à l'heure le mode d'action de ces derniers.

Il faut ajouter pour être complet que :

La ponction vide l'abcès aussi bien que l'incision, elle peut même permettre l'évacuation de deux abcès voisins dans une mastite, nous avons vu cependant (obs. II) que la ponction n'est pas toujours suffisante.

Elle permet de laver la plaie et de la débarrasser d'une partie des tissus morts.

Elle porte l'agent thérapeutique *in situ*.

Cette intervention est à peu près indolente, à peine douloureuse dans certains cas ; elle ne laisse enfin qu'une trace minime qui disparaît vite.

Avantages considérables, certes, mais non essentiels, l'originalité de la méthode, nous le répétons, c'est la vaccinothérapie locale réalisée *in situ*, en laissant quelques cc. de bouillon vaccin à la place du pus, après lavage de la cavité par ce même bouillon vaccin.

Nous avons vu que cette thérapeutique donne des résultats constants dans les abcès du sein, de même dans les abcès chauds du tissu cellulo-graisseux, enfin, nous avons cité d'autres observations qui permettent de penser que la ponction suivie d'injection *in situ*, après lavage peut être recommandée dans tous les cas, elle ne prétend pas tout guérir. Quelle méthode est donc infaillible ! Toujours, elle constituera un adjuvant précieux et donnera souvent des succès dans des cas désespérés.

## Le Bactériophage

---

Le bactériophage est un principe se développant chez le malade lorsque les symptômes de la maladie s'amendent. Il a pour propriété de dissoudre et de détruire les bactéries pathogènes.

Le bactériophage se reproduit en cours d'action aux dépens des bactéries qu'il détruit. La culture du bactériophage ne s'effectue qu'en présence de bactéries vivantes, en dehors de leur présence, il reste inerte comme une spore le serait dans de l'eau, il est alors à l'état de vie latente, la durée de cette vie est variable et chaque race de bactériophage offre une vitalité particulière.

Des expériences qu'il serait trop long de rappeler montrent que le bactériophage est de nature corpusculaire, le corpuscule bactériophage est d'une extrême petitesse, approximativement 20 millièmes de microns.

Le bactériophage offre une variabilité extrême, il n'existe pas deux races de bactériophages parfaitement identiques. Or la puissance d'action du bactériophage varie d'une race à une autre. On peut exalter la puissance d'une race faible par passages en série aux dépens de la bactérie sensible, comme l'on exalte la virulence d'une bactérie par des passages en série aux dépens de l'animal sen-

sible, mais l'aptitude à s'exalter diffère et certaines races ne se modifient en rien.

Si certaines races de bactériophages strictement spécifiques limitent leur action à une seule souche bactérienne, d'autres, par contre, attaquent au même moment, non seulement toutes les souches d'une même espèce, mais toutes les souches de plusieurs espèces.

Les antiseptiques, la chaleur, détruisent le bactériophage.

### *Mode d'action du bactériophage*

Comment agit le bactériophage, provoque-t-il la dissolution des bactéries directement par lui-même, ou sécrète-t-il un ferment dissolvant ? On a pu extraire des suspensions de bactériophages un extrait qui possède la propriété de dissoudre les bactéries non seulement vivantes, mais mortes tuées par le chloroforme et chaque race sécrète une lysine possédant un caractère spécial.

### *Le bactériophage au point de vue sérologique.*

Le bactériophage possède des propriétés antigéniques et si l'on pratique sur un animal des injections répétées de bactériophage, il se développe dans le sérum de cet animal un principe antiphage qui neutralise l'action d'une lysine sécrétée par le corpuscule bactériophage.

Cette propriété mise en évidence et développée expérimentalement existe chez certains individus normaux, ce pouvoir est fréquent chez l'homme surtout chez l'individu souffrant d'affections chroniques causées par ces germes.

Le bactériophage provoque une phagocytose intense ; enfin, les bactéries dissoutes se trouvent placées sous un état physico-chimique particulier et provoquent alors de

manière intense, la réaction d'immunité de la part de l'animal.

C'est F. d'HERELLE qui, en 1916 étudia pour la première fois le bactériophage ; nous avons cru devoir en rappeler les propriétés que l'on peut résumer ainsi.

Le bactériophage, corpuscule vivant est un parasite des bactéries ; il y pénètre, y sécrète des lysines qui les dissolvent et se reproduit aux dépens de la substance bactérienne ainsi décomposée.

Le bactériophage est extrêmement variable, d'où diversité considérable du pouvoir d'action de chaque race.

Le bactériophage possède des propriétés antigéniques d'où développement dans la sérum de l'animal injecté d' « antiphages » que l'on retrouve chez l'individu normal.

Enfin, le bactériophage provoque une phagocytose intense et détermine la réaction d'immunité de l'animal.

## Le Traitement des abcès chauds par le Bactériophage

---

En 1929 et 1930, RAIGA publie les résultats d'un important travail sur le traitement des abcès chauds et des mastites par le bactéro-pyophage.

« Le principe de la méthode consiste à porter directement le bactériophage dans le foyer même, soit après ponction évacuatrice, s'il y a pus collecté, soit par simple injection s'il n'y en a pas encore », écrit-il. C'est le principe même de la méthode de RICHE, mais en remplaçant le bouillon vaccin par le bacte-phage.

Voici résumée sa technique :

Dans une première phase : pansements au bactériophage.

Dans une seconde phase : ponction et instillation *in situ* par à coups successifs, réalisant un brassage intérieur, si l'on aspire de temps en temps, le contenu de la seringue se trouble peu à peu, en effet, le pus reflue peu à peu dans le corps de pompe. Lorsque l'on a évacué de la sorte une certaine quantité de pus, on laisse *in situ* une quantité de bactéro-phage légèrement inférieure.

Dans cinquante panaris et plaies suppurées des doigts ou de la main, il y a eu : sédation très rapide de la douleur, en moins de 24 heures, dans 75 % des cas ; en moins de 48 heures dans 21 % des cas.

L'assèchement de la plaie, s'est fait de façon presque concomitant : au bout de trois jours, dans 58 % des cas ; au bout de six jours dans 84 % des cas.

La ponction suivie d'instillation *in situ* est douloureuse mais n'entraîne pas cependant l'anesthésie générale ; cette douleur disparaît d'ailleurs très vite. La guérison est beaucoup plus rapide dans 98 % des cas.

Fréquemment on a pu conserver l'ongle.

Il faut noter aussi : l'absence de plaie.

L'épidermisation rapide et indolente.

L'absence de macération du doigt.

L'absence enfin de raideur articulaire.

De même pour les abcès du sein : La technique est identique à celle de RICHE.

Appareillage de CALVÉ, l'extrémité du trocart a été modifiée, elle est taillée en biseau, non plus en facettes :

Après évacuation du pus, lavage avec grande douceur, sinon douleur vive ;

Puis instillation de quelques cc. de bactériophage laissés en place.

Pour éviter l'inoculation des tissus sains, il faut laisser écouler quelques gouttes de bactériophage par le trajet de la ponction. Le bactériophage employé est le « Stoch bactériophage polyvalent d'Hérelle ».

La douleur disparaîtrait en 6 à 8 heures au plus : il s'agit de la douleur spontanée.

La douleur disparaîtrait en 1 à 3 jours, il s'agit de la douleur provoquée.

L'apyrexie est totale en deux ou trois jours.

Enfin : il y a : assèchement définitif de la suppuration.  
Stérilisation du foyer inflammatoire.

Ces deux résultats allant de pair.

Après la terminaison de la suppuration, il persiste une induration indolente pendant quelques jours, cette induration disparaît d'autant plus rapidement que le sérum du malade contient moins d'antiphages virulents.

Enfin, il faut toujours surveiller l'état du malade pour éviter toute propagation purulente profonde, on en sait le danger.

Mais il y a eu des échecs, chaque fois que l'examen du sérum du sujet a montré la présence d' « anti-phages ».

Ce que nous avons dit plus haut du bactériophage et des anti-phages explique facilement ce fait.

Au début, l'auteur faisait toujours des injections sous-cutanées de bactériophage, il s'est vite rendu compte qu'elles prédisposaient à l'apparition des « antiphages », donc plus nuisibles qu'utiles : il y a renoncé.

Pour lui, au centre de l'abcès, le pus constitue un corps étranger indépendant de la circulation générale, les germes y sont lysés même s'il y a des « antiphages » dans le sérum du sujet.

A la périphérie, au contraire, la paroi de l'abcès est une zone de circulation active, les germes subissent les réactions du sérum du sujet, ils ne sont lysés que si celui-ci ne contient pas d'antiphages.

Si donc il existe des antiphages dans le sérum, l'action du bactéro-pyophage instillé *in situ* ne peut diffuser à la périphérie.

En outre, un autre antiphage que celui du germe en cause peut empêcher la progression de l'action lytique et l'anti-strepto-phage peut empêcher la lyse d'un staphylocoque, il joue même un rôle plus grand que l'anti-staphylo-phage.

On le trouve toujours dans deux circonstances : Les guérisons lentes et difficiles ; les récidives de staphylococcies.

L'association : anti-strepto-staphylo-phage coïncide avec les suppurations les plus graves.

L'auteur a lutté contre ces anti-phages par l'auto-hémothérapie et pense que le secret de l'action de l'auto-hémothérapie réside dans la disparition des anti-phages.

« L'antiphage et surtout l'anti-streptophage, conclue-t-il, constituent un élément qui vient troubler l'évolution naturelle en thérapeutique d'une lésion inflammatoire causée par le staphylocoque, les injections sous-cutanées de bactériophage, renforcent l'action nocive de cet élément inhibiteur, l'application *uniquement* locale du traitement évite les effets néfastes de sa présence quand sa virulence n'est pas trop vive. »

Après les publications de RAIGA, le bactériophage a été appliqué un peu partout; nous avons relevé quelques observations publiées ici et là :

### *Observation I*

(Soc. obs. et gyn., Alger, 15 février 1930)

Un cas de mastite aiguë puerpérale traitée par le bactériophage de d'Hérelle.

Mme X..., 30 ans, secondipare, accouchée depuis vingt jours, appelle le 23 décembre 1930, le Dr Cabannes pour une inflammation du sein gauche, consécutive à une crevasse du mamelon. L'organe est tuméfié, œdématié rouge dans le quadrant supéro-interne, sur la superficie d'une paume de main, très douloureux. La température oscille de 39°6 à 41°. Compresses chaudes en permanence, après avoir ponctionné un abcès juxta-aréolaire, dont nous extrayons 10 cc. de pus, envoyés aussitôt à l'analyse ; à l'aide

d'une seringue de 5 cc., et après avoir réinjecté dans le foyer de l'abcès une ampoule de bactéryophage. Le lendemain 24 : la température est à 39°3. Mêmes manœuvres, mais nous obtenons à peine 4 cc. de pus ; injection de deux ampoules de bactéryophage.

Le 25 : température à 37°7, 38°3 le soir. La malade ne souffre plus, on sent encore sous l'épiderme qui s'affaisse la cupule de l'abcès, nous injectons une dernière fois deux ampoules de bactéryophage.

Le 26 : température 37°7-38°2.

Le 28 : température normale. Nous avons ponctionné avec une aiguille fine de 8/10, mais nous avons changé chaque fois le lieu de la piqûre ; les piqûres ont été apparentes quelques jours, une a légèrement suppuré. Nous avons observé vers le sternum un *reticulum hortensia* lymphangitique qui a disparu en huit jours (de la largeur d'une paume de main d'enfant).

L'enfant a repris le sein quinze jours après le début de l'accès, le lait exprimé sur un coton ne décelait pas de traces de pus.

Analysé par le docteur Fulconis, le pus contenait de très nombreux leucocytes dégénérés, une flore microbienne très dense : staphylo-tétragène, Protéus ; quelques strepto en chaînettes.

---

Trois cas de mastite aiguë traitées par le bactéryophage (Maugé, Soc. obs. et gyn., Bordeaux) :

*Obs. I.* — Abcès du sein : après pansements au métavaccin. Quatre injections à raison d'une tous les deux jours. Guérison rapide, sein normal.

*Obs. II.* — Femme enceinte de sept mois. Dans le tiers inférieur du sein, apparition d'un abcès gros, rouge, dur, douloureux. Pas de fluctuation.

Trois injections : la seconde, quatre jours après la première. La dernière, deux jours après.

Guérison totale obtenue en dix jours.

*Obs. III.* — A partir du 17 avril, quatre injections de 2 cc. de bacté-pyo-phage pour abcès du sein datant du 11. Le 29 du même mois, la guérison est complète.

---

A propos d'une arthrite suppurée du genou guérie sans arthrotomie, à la suite d'injections de bactériophage (Société de Chirurgie, séance du 25 mars 1931).

WIART rapporte dans la séance du 11 février 1931 l'observation d'un malade porteur d'arthrite suppurée du genou gauche. La température est à 39°. On pratique une incision et on injecte après aspiration et lavage au bactériophage, 7 cc. de bactériophage Jacquemaire.

Le lendemain, on réitère et on laisse *in situ* 20 cc. de bactériophage.

On continue pendant huit jours, on obtient une guérison assez rapide sans arthrotomie, il y a eu disparition quasi-immédiate de la douleur qui n'a plus reparue, il y a eu modification rapide de l'abondance et de la nature de l'épanchement articulaire, il y a toujours eu conservation d'un état général excellent. L'examen du pus retiré lors de la première injection a montré du streptocoque (P. CLERC). R. GRÉGOIRE répond en signalant onze cas.

4 de lui ;

4 de MONDOR ;

2 de MAYER ;

1 de CLERMONTHE.

9 ont guéri parfaitement. 2 ont dû être amputés secondairement, tous avaient été traités par l'incision simple, suivie d'aspiration.

L'examen bactériologique avait montré :

Dans 2 cas du strepto pur ;

Dans 2 cas du strepto associé au friedlander ;

Dans 6 cas du staphylocoque pur.

Il les possède depuis quinze ans, il ne les a jamais publiés, jugeant que c'était là une méthode d'exception et dangereuse à répandre, il s'en sert pour dire à WIART :

L'efficacité du bactériophage dans les suppurations articulaires ne sera démontrée que dans le cas où ce traitement n'aura pas été associé aux ponctions de l'article.

#### *Société de Chirurgie, 13 décembre 1933*

Trois observations.

*Observation I.* — Jeune homme de 28 ans présentant une ostéomyélite primitive du pariétal droit, avec abcès cérébral et aphasie. Deux craniectomies successives ne parviennent pas à enrayer le développement des phénomènes infectieux ; la température se maintient entre 38° et 39°, et l'état général est grave. Pansements locaux au bactériophage et injections faites jusqu'à l'os au pourtour du foyer. 10 à 12 cc. sont ainsi injectés. Après quatre jour, la température tombe à 37°, l'œdème disparaît, la plaie prend un si bon aspect que l'on suspend le traitement bactériophagique.

*Observation II.* — Homme de 58 ans, présentant un énorme anthrax de la nuque et diabétique (glycosurie, 3 g. 8 par litre). Traitement par l'insuline et débridement large, la fièvre ne tombe pas, et l'anthrax ayant tendance

à s'étendre, pansements journaliers au bactériophage et pendant deux jours, injections autour du foyer infectieux. En quelques jours, la fièvre tombe, la plaie se déterge, et le malade peut sortir deux semaines après, en excellente voie de guérison.

*Observation III.* — Homme de 22 ans qui, blessé dans un accident de chemin de fer, subit une amputation de la jambe en lieu d'élection. Développement consécutif d'une arthrite aiguë du genou, la ponction ramène un liquide louche, contenant du strepto. La température est à 40. Les auteurs procèdent alors à la ponction journalière du genou et remplacent le liquide qu'ils extraient par une égale quantité de bactériophage antistaphylococcique. Au bout de trois séances journalières, la température tombe de 40° à 37°2 et se maintient les jours suivants au-dessus de 37°. La guérison s'effectue, laissant seulement une légère réduction des mouvements de l'articulation qui reste un peu augmentée de volume.

Guérison d'une arthrite purulente du genou à strepto et tétragène, par une inoculation intra-articulaire de bactériophage (RAIGA).

*Observation.* — Il s'agit d'un malade ayant une arthrite purulente, dans laquelle on mit en évidence lors d'une première ponction, un strepto et un tétragène. A la suite d'un lavage de l'articulation avec du bactériophage polyvalent pratiqué au cours de la ponction évacuatrice, l'auteur a obtenu lors d'une deuxième ponction un liquide stérile. Le résultat fonctionnel a été des plus satisfaisants. Cette observation montre que par l'emploi du bactériophage, on a pu s'abstenir de toute arthrotomie ; d'autre part, ce cas particulier vérifié par analyses bactériologiques faites avant et après le traitement, est un exemple

de la stérilisation d'une infection obtenue par le bactériophage.

Une arthrite purulente du genou à strepto, survenue au cours d'une septico-pyoliémie, guérit après deux ponctions, suivies de lavages au bactéryphage. 40 cc. de pus étaient extraits à la première ponction, 20 cc. à la seconde. L'examen bactériologique montre une diminution parallèle des germes (SALMON, et par *Société Chirurgie*, Marseille, 20 février 1933).

Notre maître, le professeur GUIBAL a traité les mastites *par ponctions et injections de bactériophage*.

Il rapporte quinze observations. Il s'agit de :

Para-mastites.

Mastites.

Pan-mastites.

Tous ces cas présentaient la symptomatologie locale de la mastite. La température était élevée, les douleurs intenses. Voici la technique employée, telle qu'elle ressort de la lecture de ces observations :

*Ponctions.* — Aspirations, lavage avec bactériophage ; bactériophage laissé *in situ*.

Dans certains cas, les symptômes ne s'amendent pas : alors, nouvelle ponction et par l'orifice de ponction, l'auteur réalise un drainage filiforme au crin ; il continue les lavages au bactéryphage, mais à ce moment, l'injection de bactériophage ne constitue plus l'essentiel de la méthode. Il y a eu aussi parfois fistulisation. Celle-ci n'a jamais empêché les lavages et les injections *in situ* de bactériophage. La guérison a toujours été complète, dans un cas même, l'allaitement par ce même sein a été réalisé lors d'un accouchement ultérieur.

L'auteur conclut :

« Il s'agit là d'une thérapeutique longue, souvent difficile à faire accepter par la malade et l'entourage. Le chirurgien lui-même préférerait une incision rapide, mais il faut savoir attendre, dans certains cas, les symptômes ne s'amendent pas tout de suite ; on a la tentation de saisir le bistouri, non, il faut attendre, et quelques jours après, la malade guérie sera toute heureuse d'avoir échappé à l'incision mutilante et combien douloureuse.

Que conclure de cette étude ?

Le bactériophage a donné des succès étonnants.

Dans la mastite, il semble agir plus vite, mais non plus efficacement que le bouillon vaccin. La douleur, la fièvre disparaissent rapidement.

L'assèchement et la stérilisation du foyer sont obtenus plus vite. Il n'y aurait pas plus qu'avec le bouillon vaccin de réaction dangereuse locale ou générale, et si avec ce dernier, l'élévation thermique à 39° ou 40° bien que sans lendemain est la règle, elle n'est citée qu'une fois sur 50 observations, par RAIGA.

Les autres avantages sont identiques :

Ponction et non incision.

Douleur faible ou nulle.

Lavage de la plaie rendu possible, qui la débarrasse en partie du moins, des tissus morts.

Le pansement devenu presque inutile.

Mais la présence possible des « antiphages » rend cette thérapeutique aléatoire, bien que l'auto-hémothérapie réussisse quelquefois à neutraliser leur action, la spécificité stricte du bactériophage, tout ceci rend son emploi d'un maniement difficile pour le praticien, aussi, lui préférons-nous les bouillons vaccins qui réalisent en outre l'unité de traitement.

## La Protéinothérapie locale

---

DURUY, dans sa thèse : « Le traitement des collections purulentes par la « Protéinothérapie locale », propose, en 1929, de traiter les abcès chauds par ponction aspiratrice, suivie d'injection de peptones *in situ*.

Voici sa technique :

Il recommande d'user de peptone de pureté parfaite, telle que la peptone de Witte. Il emploie deux formules :

Eau peptonée (dans collections fermées) :

Peptone de Witte, 0,50.

Eau distillée, 5 cc.

Pour une ampoule stérile.

La solution doit être et demeurer limpide ; si elle se trouble, il faut la rejeter.

Crème peptonée (dans collections ouvertes) :

|                           |        |
|---------------------------|--------|
| Peptone de Witte .. . . . | 10 gr. |
| Eau distillée .. . . .    | 10 gr. |
| Lanoline .. . . .         | 20 gr. |
| Vaseline .. . . .         | 60 gr. |

On fait dissoudre la peptone dans l'eau, on ajoute la lanoline qui absorbe, on étend enfin avec la vaseline.

Si l'on se sert d'une concentration plus forte : les résultats sont identiques, mais la douleur est considérable.

En cas de collection fermée : ponctionner tous les deux jours. Evacuer le pus. Injecter de l'eau peptonée stérilisée en quantité moitié moindre.

Il faut trois injections au moins.

Si collections ouvertes :

Vider tous les jours la cavité par pression ou aspiration à la seringue, remplir de crème peptonée à 10 % préalablement liquéfiée au bain-marie et sur le point de se raffermir.

Faire pénétrer au moyen de l'aiguille, ou seulement avec l'embout.

Asepsie et antisepsie d'usage.

La guérison survient en moyenne du cinquième au quinzième jour.

#### *Résultats :*

L'auteur rapporte douze observations de bubons chancrelleux traités par peptonothérapie : 5 bubons ouverts ; 7 bubons fermés. Il en fait reposer les indications sur les insuccès et les contre-indications du traitement au DMELCOS.

Technique : Au début, ponction à distance.

Actuellement : au centre surtout, si fluctuation.

Aiguille de gros calibre 12/10, ou mieux, petit trocart.

Les bubons fermés subissent une légère poussée inflammatoire, jamais intense dès le lendemain de la première injection, avec augmentation de volume, et de la coloration, mais pas de douleurs.

Un seul malade a guéri sans fistulisation.

Mais l'absence constante de chancrellisation de la fistule, la rapidité de la guérison, font penser que c'est une éventualité favorable.

Guérison des bubons fermés, en dix à vingt jours, c'est un délai identique à celui des meilleurs résultats des autres thérapeutiques.

Les bubons ouverts spontanément ou déjà incisés, guérissent sans jamais présenter de poussées inflammatoires.

La rapidité de l'évolution beaucoup plus grande que si on a affaire à des bubons fermés, dépend de l'ancienneté de l'ouverture. En somme, plus est ancien le foyer infectieux, plus est marqué l'état de sensibilisation, plus sera rapide la guérison.

## II. — 31 observations de bartholinite :

Lieu de ponction : bord inférieure de la lèvre, à l'union de la partie muqueuse et de la partie cutanée, dans la moitié supérieure.

S'il y a du pus à l'orifice de la glande, on peut en pratiquer le cathétérisme.

Aiguille de 3 cm. de 12/10 de calibre. Biseau long, glande fixée entre deux doigts de la main gauche, ponctionnée d'un coup sec, suivant une direction oblique, en bas et en dedans. Le pus est évacué, puis l'injection est poussée lentement.

Traiter toujours la blennorrhagie aiguë ou chronique qui a provoqué la bartholinite.

Evolution locale assez rapide : de six à dix jours. Trois ou quatre injections, il reste un nodule induré qui disparaît assez vite.

Modification du pus : Il devient sanglant, puis on n'obtient plus qu'une sérosité claire.

Réactions locales : seule réaction inflammatoire.

Deux œdèmes gélatineux énormes translucides qui ont d'ailleurs disparu, mais la guérison a été plus lente : 26 jours.

Une seule fois : abcès de voisinage, donc, attention à l'asepsie.

Réactions générales :

Malaises passagers : immédiats : vertiges, gonflement laryngé, rougeur ou pâleur de la face.

Plus tardifs : céphalée quelques heures après l'injection et durant jusqu'au soir.

Température peu élevée.

Sept échecs : attribuables trois fois à une réinfection ; quatre fois, sans aucune cause.

Il faut donc :

Traiter rigoureusement la blennorrhagie.

Une peptone de bonne qualité.

### III. — Quatre observations d'hydrosadénite.

Guérison entre deux et cinq jours.

Aucune trace des ponctions.

Peau de l'aisselle très souple.

Pas une fois une autre glande ne s'est prise.

Technique générale : ponction en peau saine.

### IV. — Traitement des abcès du sein par injection de peptones.

Nous donnons quatre observations rapportées par LAFONT, FULCONIS et RICARD, à la Société d'obs. et de gyn. d'Alger, Février 1931.

Voici leur technique :

Abcès collecté non fistulisé : évacuation du pus par ponction à distance si ce pus est très dense, ou fluidifié par injection de sérum physiologique ; ensuite, injection de 2 à 4 cc. de solution peptonée, abandonnée dans la cavité ; désinfection du trajet de l'aiguille, en injectant quelques gouttes d'éther ou d'alcool à 95°, en retirant l'aiguille.

Abcès non collecté : injection autour et dans la tuméfaction.

Abcès fistulisé : Après lavage de la poche, mèche imbibée de peptones renouvelée jusqu'à cicatrisation.

*Observation I.* — Abscess du sein en formation ; lymphangite, circulation collatérale : injection de peptones sans aspiration du pus : guérison.

*Observation II.* — Gros sein avec lymphangite du quadrant supéro-externe jusqu'au creux axillaire : deux volumineux ganglions douloureux.

Palpation : tumeur non mobile, ferme, irrégulièrement arrondie ; deux ganglions axillaires. Température à 37°9.

Deux piqûres dans les quadrants supéro-externe et supéro-interne, convergeant vers la tumeur ; injection de peptone ; aspiration.

2<sup>e</sup> injection de peptones, on laisse.

Stérilisation du trajet.

Douleur diminue pour disparaître bientôt.

Deuxième jour, on recommence.

Deux jours après : guérison complète, il reste une induration profonde diffuse indolore.

*Observation III.* — Femme de 26 ans : abcès du sein droit ; douleur à 6 heures.

Ponction en tissu sain, on retire du pus.

Deux lavages, on laisse enfin 2 cc. de peptone.

Stérilisation du trajet.

On répète trois jours de suite : guérison.

*Observation IV.* — Abscess formant une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Tumeur rouge, peau adhérente capitonée, donnant le phénomène de la peau d'orange.

Ponction en tissu sain ; aspiration du pus.

Injection de 2 cc. de peptone.

Le lendemain, la malade va bien.

On ponctionne encore deux fois : ponctions blanches.

Après fistulisation de 48 heures : guérison.

## **Mode d'Action de la Protéinothérapie locale**

Tout d'abord, il n'y a aucune spécificité.

Pas d'action non plus d'antigène ou d'anticorps.

La nature du germe en cause semble indifférente.

Il existe probablement un choc protéique. En effet, on note à peu près constamment :

Une céphalée apparaissant quelque temps après l'injection.

Un malaise immédiat.

De la pâleur ou de la vultuosité de la face avec injection des conjonctives.

Une impression de gonflement laryngé.

On a recherché l'existence de la leucopénie chez dix malades.

On a fait pour cela une numération toutes les vingt minutes pendant deux heures. Il y a toujours eu une leucopénie valable : diminution de moitié au moins du nombre des leucocytes.

Localement, on a constaté une poussée inflammatoire inconstante d'intensité, toujours très moyenne, toujours très douloureuse.

Modifications subies par le pus :

1° ponction : pus franc, épais, riche en leucocytes polymorphonucléaires, plus ou moins altérés.

2° et 3° ponction : pus moins abondant, plus fluide, souvent rougeâtre, leucocytes encore abondants.

D'autre part : En 1901-1902, ISSAEF et BORDET injectent du bouillon vaccin dans la cavité péritonéale d'un cobaye et provoquent une leucocytose locale qui protège ce péritoine contre l'infection cholérique et streptococcique.

En 1923, LANGERON et ARLOING observent qu'un état réfractaire local d'une durée de quelques heures contre l'infection pyocyane, est conféré au cobaye par injection de protéine.

GRATIA, peu de temps après, réalise une immunité locale chez le cobaye, d'une durée de 30 heures, contre l'infection charbonneuse, par l'injection intra-cutanée de peptones.

En juillet 1923, FOURNIER et LONGJUMEAU traitent des bubons chancrelleux par l'injection intra-ganglionnaire, d'un vaccin polymicrobien non spécifique : ils pensent que leur traitement constitue plus une protéinothérapie qu'une vaccinothérapie.

En 1926, GAY pense que l'action des filtrats vaccins peut être due à la peptone qui accroît l'afflux leucocytaire *in situ*.

TEISSIER, REILLY et RIVALIER trouvent cette opinion trop entière et pensent que l'on doit réserver un rôle à l'antigène des filtrats vaccins.

Que conclure ?

La protéinothérapie nous semble agir par production d'un choc protéique. Il se peut aussi qu'elle provoque un afflux local de leucocytes, ce serait alors un cas particulier de la méthode de WOLF.

Quant à la vaccinothérapie locale :

Si l'action antigénique de filtrat vaccin nous semble incontestable, il faut sans doute penser que la peptone qui entre dans sa constitution, agit en outre, réalisant une protéinothérapie véritable.

## Conclusions

---

Nous avons essayé d'exposer aussi objectivement que possible les données modernes du traitement des abcès chauds.

De cette étude, il résulte pour nous :

Que le traitement classique : incision et drainage doit, à l'heure actuelle, être considéré comme un pis aller.

Il faut aujourd'hui :

Au début et tant qu'il n'existe pas de pus :

Activer la leucocytose par le traitement classique : vessie de glace ou compresses chaudes, antiphlogistine ; pansements humides au bouillon vaccin, ou pommade à l'anti-virus.

Dans une deuxième phase : il y a du pus.

L'incision est remplacée par la ponction qui vide aussi bien la poche ; permet le lavage ; peut se réaliser sans douleurs vives ni anesthésie générale ; évite la production de cicatrices.

Mais la véritable innovation thérapeutique consiste dans l'injection *in situ* qui réalise le traitement biothérapique moderne.

Trois produits peuvent être injectés :

*Le bactériophage.* — Il a donné des résultats remarquables.

Mais : il tient son activité d'une spécificité stricte : aussi le résultat est-il toujours incertain, à moins d'avoir lors d'une ponction précédente, éprouvé *in vitro* la vertu du bactériophage employé.

Il existe chez certains sujets des antiphages : et si pour certains auteurs un traitement autohémotherapique suffit à éliminer ces antiphages, ces mêmes auteurs reconnaissent que l'association anti-strepto-staphylophage est irréductible.

Donc antiphages : spécificité du bactériophage, rendent celui-ci d'un emploi difficile, particulièrement pour le praticien.

*L'injection de peptones.* — Elle a permis d'obtenir des succès indiscutables, mais il y a eu aussi des échecs, ils ont été attribués au défaut de pureté de la peptone employée.

LAMARRE et LARGET préconisent l'emploi « d'un vaccin général peptoné contenant des corps microbiens en voie de lyse ».

Ces auteurs paraissent avoir obtenu de bons résultats, bien qu'assez inégaux.

*Le bouillon vaccin.* — Il agit par immunisation locale à la BESREDKA.

Il agit aussi par ses protéines.

Il peut toujours et partout être employé.

Il réalise l'unité de traitement.

Ses résultats sont remarquables.

Nous l'emploierons de préférence aux autres.

A une troisième phase enfin : l'abcès chaud tend à diffuser.

Il faut appliquer le traitement biothérapique comme dans la phase précédente et établir un barrage sous-cutané par injections de bouillon vaccin ou de bacté-pyophage.

Ce traitement ne suffit pas toujours.

Nous nous sommes expliqués à ce sujet. Mais tout au moins :

Douleur et température diminuent.

Il y a arrêt de la diffusion de l'abcès.

L'évacuation du contenu restant peut se faire par une incision minime et pratiquement invisible.

## Bibliographie

---

- DESMARETS. — *Presse Médicale*, 4 juillet 1914.
- BOHLER. — *Soc. obs. et gyn.* Strasbourg, 5 février 1929.  
*La gynécologie*, Avril 1929.
- LE LAURIER. — *La clinique*, 27 mars 1908. *Société obs. et gyn.* Paris,  
12 déc. 1927, p. 707.
- BESREDKA. — Immunisation locale. (Masson, 1925). *Presse Médicale*,  
27 octobre 1926, p. 1345, 19 mai 1928, p. 628.  
Etudes sur l'immunité dans les maladies infectieuses. (Masson,  
1928).  
Sur l'immunité locale et la vaccinothérapie locale, *Ann. de l'ins-  
titut pasteur*, 30 juin 1922, 15 juillet 1922, 31 mars 1924,  
15 avril 1924. *C. R. Soc. Biol.*, 19 mai 1923, 2 juin 1923, 21 juil-  
let 1923.
- JOHN, P. GARDNER. — *The american Journal et obstetric and disease  
of women and children*, New-York, 1920.
- HAMAN. — Strasbourg, 3 mars 1928, p. 475. *Société obst et gynéco.*
- DROUET. — *Concours médical*, Juillet 1924, p. 1710.
- DELATEU. — De l'immunisation locale à l'immunité générale. *Presse mé-  
dicale*, 2 janvier 1924, p. 3.
- RICHE et MOURGUES-MOLINE. — *Progrès médical*, 22 avril 1923.
- MARY. — *Thèse Montpellier*, 1928.
- GUIERTIÉ et MOURGUES-MOLINES. — *Archives société. méd. et biol.  
de Montpellier*, 32-33, p. 235.
- DUPUY de FRENELLE. — Le traitement des abcès chauds.
- LAMARQUE et LARGET. — *Bulletin médical*, 25 novembre 33, p. 764.

- GRATIA. — Phagocylose et immunité locale (*C. R. Soc. Biol.*, 13 oct. 1923).
- GAY. — On local tissue immunity. (*Arch. Path. and lab. med.*, avril 1926).
- LANGERON — Immunité et vaccinothérapie locale. *Clinique et laboratoire*, 20 déc. 24.
- FOURNIER et LONGJUMEAU. — Traitement des bubons chancreux. *Gaz. Hôpitaux*, 14-12 Juillet 25.
- BORIS, SOUPAULT, DROUET. — Des pansements antimicrobiens dans la pratique humaine. *Presse Médicale*, 16 janvier 1924.
- DURUY. — Thèse Paris, 1929.
- LAFONT, FULCOUIS et RICARD. — *Soc. obst. et gyn.*, Alger, 14 février 31.
- SEZARY et DURUY. — La protéinothérapie locale. (*Soc. méd. hôpitaux*, Paris, 1er mars 1929).
- F. D'HERELLE. — Le bactériophage et son comportement. Masson 1925.  
Le bactériophage et ses applications pratiques (P. M. E.).
- RAIGA. — *Presse Médicale*, 8 février 1930, p. 197.  
*Presse Médicale*, 9 mars 1929, p. 415.  
*Progrès Médical*, 29 Août 1931, p. 1364.  
*Journal des Praticiens*, Décembre 1928.  
*Revue stomatologie*, Août 1929.  
*Société chirurgie de Paris*, 6 juillet 1934.
- GOSSET. — *Société chirurgie de Paris*, 29 janvier 1930, p. 106.
- A. GUIBAL. — *Bull. soc. et obs. et gyn.*, Paris. Réunion de Montpellier. Languedoc Médical, mai 1933.
- BUTOIANU, STOIAN, CONTESCO. — *Soc. chirurgie*, Paris 13 déc. 1933.  
Bazy, rapp.
- SALMON et DOR. — *Soc. chirurgie*, Marseille, 20 février 1933, t. VII, n° 2, p. 92-94.
- CABANNE. — Alger. 15 février 1930, p. 420. *Société obst. et gynéco.*
- MANGÉ. — Bordeaux, 27 mai 1930, p. 646. *Société obst. et gynéco.*
- MODIANO, (POULIOT, rapp.), Paris, 6 février 1933. *Société obst. et gynéco.*
- THIEBAIRENCQ. — Bactériophage, Thèse Montpellier, 34-35.
- LUCIA et MONTCHERISIER. — *Comité Médical des Bouches-du-Rhône*, Déc. 34, Janv. 35.

En ma qualité de Censeur de  
tour, j'ai lu la Thèse ayant  
pour titre :

*Du traitement par ponction  
des abcès chauds en général et  
des abcès du sein en particulier.*

par M. QUET Emile

Je pense que la Faculté peut  
en permettre l'impression.

Montpellier, le 6 Février 1937.

Le Professeur,  
RICHE.

Vu :

Montpellier, le 6 Février 1937.

Le Doyen,  
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 8 Février 1937.

Le Recteur,  
TAILLIART.

## Serment

---

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*







